

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N^o 240

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 20 juillet 1883, à 1 heure

Par M. ADOLPHE JOUANNAUD

Né à Saint-Hilaire-le-Château (Creuse), le 16 novembre 1857.

DE

LA GALE NON PRURIGINEUSE

Président de la Thèse : M. le professeur Fournier,

Juges : MM. { Bécлар, Professeur,
Remy, agrégé,
Dieulafoy, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS

IMPRIMERIE ALBERT DROUIN

5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. Professeurs.....		M.
Anatomie.....		BÉCLARD.
Physiologie.....		MM.
Physique médicale.....		SAPPEY.
Chimie organique et chimie minérale.....		BÉCLARD.
Histoire naturelle médicale.....		GAVARRET.
Pathologie et thérapeutique générales.....		WURTZ.
Pathologie médicale.....		BAILLON.
		BOUCHARD.
		JACCOUD.
		PETER.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
		DUPLAY.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		ROBIN.
Opérations et appareils.....		LE FORT.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		BOUCHARDAT.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		FAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		HARDY.
		POTAIN.
		X...
		PARROT.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.....		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HOMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ BEAU-FRÈRE.

A MES PARENTS.

A MES SŒURS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR FOURNIER,

Membre de l'Académie de médecine,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,

Chevalier de la Légion d'honneur.

DE LA GALE NON PRURIGINEUSE

INTRODUCTION

Il n'est peut-être pas dans tout le cadre nosologique une maladie mieux étudiée sous toutes ses formes que la gale ; depuis la découverte de l'acare on s'est expliqué toutes les éruptions que peut provoquer le parasite ; de la connaissance exacte de ces lésions en est résulté un traitement vraiment rationnel, et partant vraiment efficace. Et cependant de l'aveu de tous les médecins, il n'est peut-être pas une affection plus souvent méconnue à cause du polymorphisme des éruptions psoriques qui n'offrent rien de caractéristique, et qui ne servent souvent qu'à une seule chose, à masquer la lésion pathognomonique de la gale, nous voulons parler du sillon acarien. Ces signes objectifs, il est vrai, sont variables, selon les individus ; tel malade n'aura à se plaindre que de papules, tel autre ne verra apparaître que des vésicules, ou des pustules, et avec la même intensité de la maladie.

Mais c'est surtout pour les signes rationnels que la différence est considérable ; insupportable chez certains malades hypéresthésiés, le prurit peut manquer absolument. C'est sur ce dernier point que nous nous proposons d'insister dans ce travail. Nous voulons démon-

trer que l'absence de démangeaison n'est pas incompatible avec la gale, et qu'elle peut entraîner le médecin à commettre de fâcheuses erreurs de diagnostic.

Nous étudierons :

1^o L'histoire de la question; ce sera un chapitre fort court, attendu que l'on trouve dans les auteurs à peine quelques lignes sur ce sujet;

2^o Les symptômes objectifs de la gale aprurigineuse, qui ne différeront de la gale ordinaire que par l'absence des signes de grattage;

3^o Les signes rationnels qui varieront, suivant qu'on considérera la maladie chez des sujets anesthésiés, ou chez des sujets dont la sensibilité cutanée physiologique est intacte, et à ce propos, nous distinguerons entre le prurit conscient, et le prurit inconscient;

4^o Le diagnostic nosologique de la gale sans prurit, et nous la différencierons des éruptions multiples, dont elle peut se compliquer, ainsi que des affections cutanées non démangeantes.

5^o Le traitement.

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous reste à remercier M. le professeur Fournier, pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant, la présidence de notre thèse.

Que M. Leloir, chef de clinique de la Faculté, reçoive également nos remerciements, c'est à lui que nous devons l'idée de cette thèse, et c'est lui qui a bien voulu nous alléger la tâche en nous fournissant des observations et des conseils nombreux.

HISTORIQUE

Il est difficile de dire d'une façon exacte à quelle époque remonte l'histoire de la gale. Les auteurs anciens emploient le mot $\psiωρα$ et scabies, et déjà Aristote avait signalé l'existence d'une maladie cutanée caractérisée par de petites vésicules, et la présence de petits animaux : il est fort probable que cette maladie était confondue avec plusieurs autres affections de la peau. Les médecins arabes, les premiers, commencent à avoir une idée de la gale, l'éruption est décrite (Ali-Abbas, Avicenne), le parasite est découvert (Avenzoar); mais ces faits restent isolés et étrangers l'un à l'autre. Plusieurs siècles s'écoulaient sans que la description de la maladie ne fasse un pas en avant. On avait abandonné tout à fait les idées émises par les médecins arabes, et on considérait la gale, comme une affection particulière du sang. C'est en 1601, que parut le travail de Mercuriali, pour qui cette maladie était une affection de l'organisme entier et particulièrement du sang. C'est seulement en 1634, que Mouflet indique le point où se trouve le parasite, et en 1684, que Cosino Bonono, explique son rôle. Puis Linné, classa l'acare sous le nom d'*acarus humanus subcutaneus*. Après bien des hésitations, de la part des savants, comme Lorry, qui revenaient toujours à la théorie de Mercuriali, qui ne voyaient qu'une acrimonie du sang, qu'une altération particulière du serum, par

un principe doué de propriétés contagieuses, arriva Gales : il annonça avoir trouvé l'animal dont on niait depuis si longtemps l'existence. Il s'était trompé, mais son travail eut pour résultat de provoquer de nouvelles recherches. En 1834, un étudiant corse, Renucci, assistant à la clinique d'Alibert, proposa de montrer le sarcopte, dont le maître niait l'existence. Dès lors les travaux se multiplient sur ce sujet. C'est surtout à Hébra, à Hardy, à Bazin, à Bergh, de Copenhague, que nous devons de connaître les moindres détails sur la gale. Pour tous ces auteurs, le prurit est un des symptômes inséparables de l'affection parasitaire, ils ne peuvent pas concevoir son existence sans démangeaison. « Il n'y a pas de gale, sans prurit, » dit Bazin.

Il faut arriver, jusqu'en 1872, époque à laquelle parut l'article gale, dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, pour voir affirmer par M. le professeur Hardy, que « chez quelques personnes rares, il est vrai, la démangeaison peut manquer, ou exister à un degré très peu marqué. »

En 1880, MM. Besnier et Doyon, sont encore plus explicites à cet égard : pour eux, dans certains cas de gale, assez développée, et même exagérée, il peut y avoir une absence complète de prurit, et qui mieux est, le malade se gratte quelquefois, sans qu'il ait conscience de ce qu'il fait, instinctivement, c'est ce qu'on a appelé le prurit inconscient. Mais si cette sorte de gale n'a fait encore le sujet d'aucune monographie, elle n'en est pas moins admise par la plupart de nos maîtres de Saint-Louis, qui déclarent en avoir vu des exemples.

SYMPTOMATOLOGIE

La gale se manifeste par plusieurs sortes de signes : les signes objectifs et les signes rationnels. Dans la variété de la maladie qui nous occupe, les premiers feront rarement défaut, le parasite se comportant toujours de la même façon, produira toujours des lésions semblables, pouvant cependant se modifier avec les individus ; les seconds auront disparu, soit en partie, soit en totalité. Parmi les symptômes objectifs, nous placerons tout d'abord les modifications de la peau, occasionnées par l'acare ; nous décrirons la lésion caractéristique de la gale, le sillon. Le sillon, ou « *cuniculus*, » est une sorte de galerie sous-épidermique que l'animal se creuse « *unguibus et rostro*, » comme le dit Bazin.

Cette lésion épidermique est un signe si important que lorsqu'il a été constaté, d'une façon évidente, on pourra porter le diagnostic gale, sans craindre de se tromper. C'est une sorte d'éraillure de la peau, de couleur blanche ; le sillon peut devenir blanc grisâtre, ou même noirâtre, chez les sujets malpropres. Sa longueur est ordinairement de quelques millimètres, mais elle peut atteindre, dans certaines régions, à la face latérale des doigts en particulier un et deux centimètres. Tantôt il est droit, tantôt recourbé en arc de cercle, ou bien en S, : c'est une véritable galerie, se terminant par un

cul de sac, au fond duquel on trouve l'acare; les œufs du parasite sont parsemés dans toute l'étendue du conduit.

Au-dessus du sillon, l'épiderme se dessèche, se fendille; ce n'est que plus profondément que l'épiderme a conservé son ancienne structure. Quant au siège des sillons, on peut affirmer qu'ils sont plus fréquents, aux mains, dans les espaces interdigitaux, et sur la face antérieure du poignet, que partout ailleurs; cependant, il est d'autres lieux d'élection qu'il faut bien se garder de méconnaître : le pénis chez l'homme et le sein chez la femme, et c'est là qu'il faut chercher surtout chez les sujets soigneux de leur personne, qui par des ablutions fréquentes, par des bains répétés, empêchent le sarcopte de se développer dans les endroits qu'il préfère, dans les gales de ville, comme dit M. Fournier. Le nombre des sillons est très variable, suivant les sujets; chez un malade, on en découvrira plusieurs; chez un autre, il faudra chercher longtemps pour en découvrir un seul.

A l'entrée du sillon, il n'est pas rare de voir apparaître, une petite vésicule, dite vésicule acarienne; d'autres fois elle est voisine de l'acare, enfin elle peut être située au-dessus du sillon. Quand elle existe, la vésicule est un signe qui ne manque pas de valeur.

Quant aux éruptions (eczéma, impetigo, ecthyma), qui compliquent très fréquemment la gale ordinaire, elles existent dans la gale aprurigineuse; cependant l'eczéma manquerait plus souvent dans cette dernière variété (Leloir). Quoiqu'il en soit, quand des lésions secondaires viendront compliquer la gale non démangeante, nous n'aurons pas deux explications à donner de ce fait. Nous ne pourrons pas invoquer comme cause de l'éruption, l'action mécanique du grattage, ni le transport à l'aide

des ongles, soit de leucocytes, soit de produits irritants qui réalisent l'auto-infection. Nous sommes loin de l'opinion d'Hébra, qui attribue toutes ces éruptions, au grattage, et qui considère la gale, comme une sorte d'eczéma provoqué. C'est d'ailleurs une théorie surannée, qui n'a pas été acceptée, par le plus grand nombre des auteurs. (Bazin, Hardy), tous l'ont trouvée trop exclusive.

Sans nier l'influence des ongles, sur l'apparition des dermatoses compliquant la gale, nous pensons que l'irritation acarienne en est la cause première, qu'à elle seule elle peut les provoquer. La plus fréquente de ces éruptions est une papulo-vésicule, qu'on considérerait autrefois, comme un signe pathognomonique de la gale : son siège est à peu près le même que celui du sillon ; elle apparaît sous la forme d'une élévation d'aspect lichenoïde, qui ne tarde pas à se recouvrir d'une vésicule. Bientôt cette vésicule crève, et laisse à sa place une croûte jaunâtre, d'autres fois cette vésicule se transforme en pustule. La forme pustuleuse n'est pas rare dans la gale non prurigineuse, et pourtant, il est impossible d'incriminer le grattage. La pustule se montre sous la forme de l'ecthyma, ou bien sous celle de l'impétigo, la première plus fréquente que la seconde, se rencontre surtout aux mains, aux pieds et aux fesses. Elle n'apparaît qu'à une époque assez éloignée de la contamination et l'absence de phénomènes réactionnels explique suffisamment la fréquence relative des lésions ecthymateuses.

Il est un signe négatif, qui a une grande valeur, et qui fera penser immédiatement à la gale sans prurit, si on a déjà constaté l'existence du sillon caractéristique, c'est l'absence des lésions de grattage. Quand le prurit conscient et inconscient fera défaut, nous ne trouverons plus

ces excoriations épidermiques, linéaires, recouvertes de sang desséché, ces rails de chemins de fer, comme dit M. Fournier. Nous ne voyons plus aux poignets, à la face externe des avant-bras, au pourtour des aisselles, vers les aines et aux jarrets, ces petites macules rouges, peu volumineuses, surmontées de croutes jaunâtres. M. Hardy a montré en effet que ce sont là des vestiges assez fréquents de papulo-vésicules détruites par le grattage. Nous ne retrouvons plus cet état particulier, cette coloration spéciale de la peau, auxquels on a donné le nom de mélanodermie c'est là en effet le signe d'un prurit invétéré. Quant à ces petites papules de prurigo, peu saillantes et surmontées par une croute noire de sang desséché, elles auront elles-mêmes disparu. En effet des papules peuvent exister sans le concours du grattage, et sous la seule influence de l'irritation acarienne, mais elles sont beaucoup moins confluentes, car le grattage fait naître par lui-même des papules. « Le prurigo est à la démangeaison ce que la rougeur est à l'inflammation, et il serait tout aussi illogique et tout aussi contraire à la nature des choses de prendre l'éruption papuleuse, comme la maladie elle-même, que de considérer la rougeur comme constituant toute l'inflammation (Moysant) (1). Ces papules sont donc la lésion anatomique de la démangeaison (Legendre)(2). Ce sont les ongles du malade qui comme le dit Rindfleisch, produisent des papules, puis en déchirent l'enveloppe épidermique en exposant à l'air libre, une plus ou moins grande étendue des papilles du chorion. La déchirure des papilles et des anses vasculaires entraîne une légère hémorrhagie du

(1) Moysant, thèse de Paris, 1858.

(2) Legendre, thèse de Paris, 1863.

sommet de la papule, et le sang se dessèche sous forme d'une petite croute noire.

L'opinion de tous ces auteurs, Cazenave, Moysant, Legendre, Rindfleisch, qui veulent que la démangeaison précède toujours l'apparition des phénomènes visibles sur la peau est assurément exagérée; il n'est pas douteux, que l'élément papuleux apparaisse sous la seule influence de l'acare. Quant au prurigo, tel que nous l'entendons, c'est-à-dire avec une exsudation sanguine au sommet de la papule, il fera complètement défaut dans la variété de gale que nous étudions : caractère distinctif important, puisque dans la gale avec prurit, le prurigo ne manquerait qu'une fois sur cent (Hardy). En règle générale, l'éruption est circonscrite à une localité parfaitement bien définie, limitée en haut par une ligne tirée d'un mamelon à l'autre, et à la partie inférieure par une ligne s'étendant transversalement d'une cuisse à l'autre, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen (Hébra). Ce sera aussi le siège des papules non excoriées de la gale aprurigineuse.

Le signe rationnel capital de la gale ordinaire est le prurit. C'est un symptôme d'une grande valeur, puisque par lui-même il fait songer immédiatement à cette maladie, lorsqu'il coexiste avec certaines éruptions. Toutes les causes qui tendent à provoquer une congestion de la peau : exercice musculaire, boissons alcooliques, tendent à l'augmenter. Son explication est des plus simples. Le sarcopte joue dans la peau le rôle d'un corps étranger ; il irrite les papilles cutanées, soit par sa simple présence, soit comme le veulent certains naturalistes, Moquin-Tendon entre autres, en injectant un venin spécial. Tout nous porte à admettre cette dernière

opinion. Le sarcopte appartient à la famille des acarides, et presque toutes les espèces de cette famille, possèdent des glandes à venin spéciales, comme on le voit avec beaucoup de netteté chez l'acarus rouge, et chez des espèces déjà plus éloignées, les arachnides et l'araignée. L'expérimentation n'est pas moins probante. Il y a déjà longtemps que M. Hardy (en 1860), « après avoir broyé huit acares tout récemment extraits, s'inocula sur le dos d'une main la matière visqueuse résultant de cet écrasement au moyen de deux piqûres sous-épidermiques. » A l'autre main, il se fit des piqûres avec une lancette propre; or, voici ce qu'il observa : au bout de quinze à vingt minutes, il sentit du côté des piqûres septiques, une sensation de chatouillement, de démangeaison, comparable à celle de la gale. Cette sensation disparut bien vite, pour réapparaître plusieurs fois dans la journée et les jours suivants, de l'autre côté rien n'apparut. L'expérience est concluante, les acares ne sont pas d'ailleurs les seuls parasites à venin. Moussaud, en 1878, a prouvé que le phthirius pubis possède, lui aussi, un venin, et Duguet a produit expérimentalement des taches bleues, en injectant sous la peau, le produit de la trituration de plusieurs poux du pubis.

S'il est vrai, que les papilles nerveuses sont dans la majorité des cas impressionnées par l'acare et surtout par son venin. Il n'en est pas toujours ainsi, il arrive qu'elles ne réagissent plus et que la démangeaison manque. Tantôt son abolition est limitée à certaines parties du corps, à la moitié du corps par exemple; il varie aussi d'intensité, et l'on voit des gales étonnamment développées avec des phénomènes réactionnels insignifiants. Quelles sont donc les causes de l'aboli-

tion du prurit? Tout d'abord son absence est en rapport avec les anesthésies cutanées; lorsque la peau a perdu toute espèce de sensibilité : sensibilité au contact, à la pression, à la température, l'acare lui-même n'est plus senti, et la gale est devenue aprurigineuse.

S'agit-il d'une anesthésie hystérique, nous aurons deux cas à considérer, suivant que l'anesthésie est complète, a envahi tout l'organisme, ou bien s'est localisée à un côté du corps; dans le premier cas, l'acare n'est perçu d'aucune façon, il étend ses ravages, sans que la malade en soit incommodée le moins du monde, d'autant plus que, chose singulière, un grand nombre d'hystériques n'ont pas conscience de leur anesthésie. Nous n'aurons comme signes, que les signes objectifs, à moins que nous réussissions à rappeler la sensibilité par quelque moyen artificiel. On sait, depuis les travaux de M. Vulpian qu'un courant faradique, peut ramener la sensibilité, dans les parties anesthésiées; ce sera un moyen à essayer et chez certaines malades, nous pourrions provoquer, du moins pour un certain temps, le prurit psorique.

Quand la sensibilité a disparu d'un côté du corps, nous observons encore des phénomènes plus curieux, l'éruption est généralisée, quoique moins intense du côté anesthésié, et pourtant la patiente raconte qu'elle ne souffre de démangeaisons que d'un seul côté : les lésions unilatérales de grattage ne font que corroborer le récit de la malade; la gale est donc hémi-prurigineuse. Si, dans ces circonstances, nous plaçons un aimant en regard de l'un des membres anesthésiés, après un temps qui est à peu près le même pour le même sujet, mais qui varie avec les différentes malades de quelques secondes à plusieurs minutes ou même plusieurs heures, (Charcot,

Reynard, Debove) l'anesthésie est portée du côté sensible, et, réciproquement; le côté anesthésié ressent les impressions qui lui viennent du dehors, il est devenu sensible à l'acare. Il y a eu, comme l'on dit, *transfert* du prurit.

Il ne faudrait pas croire que cette absence de prurit soit spéciale aux hystériques; que l'hémianesthésie tienne à une névrose, à une lésion des centres nerveux ou à une intoxication, le même phénomène se produira. L'hémianesthésie due à une lésion de faisceau postérieur de la capsule interne (faisceau de Meynert) ne diffère que fort peu de celle que nous venons de décrire; là aussi, nous pourrions déterminer le transfert de la sensibilité, et partant, de la démangeaison. Mais l'effet ne sera pas aussi constant, s'il existe une lésion organique profonde ayant détruit une partie des fibres conductrices.

Les lésions spinales occasionnent souvent de l'anesthésie, surtout quand les altérations portent sur les parties postérieures, particulièrement sur la substance grise de la moelle, mais cette anesthésie n'occupe la moitié du corps que dans des conditions tout à fait exceptionnelles, tantôt elle envahit les membres inférieurs, tantôt les membres supérieurs, ceci dépend du siège de la lésion.

S'agit-il de l'anesthésie due à des lésions nerveuses périphériques, à la névrite des filets sous-cutanés, le prurit sera cantonné à certains territoires isolés, correspondant exactement à la topographie des troncs nerveux restés sains. Cependant, l'insensibilité ne sera pas absolue, car on sait depuis les travaux d'Arloing et Tripier, qu'il existe une sensibilité récurrente venant suppléer en partie la sensibilité disparue.

Si la gale vient apparaître chez des anesthésiques saturnins, alcooliques ou syphilitiques, le prurit n'aura disparu qu'en partie : le malade fera remarquer d'une façon très nette que la démangeaison ne commence qu'à un certain endroit qu'il précisera. Les anesthésies toxiques, en effet, ne sont que partielles, quelques fois elles affectent la moitié du corps, d'autres fois, elles sont limitées aux extrémités, elles sont symétriques. Chez le saturnin, le dos de la main, la partie postérieure de l'avant-bras, ne seront le plus souvent le siège d'aucune espèce de prurit. Dans l'alcoolisme, l'anesthésie commence par les extrémités pour se généraliser d'une façon progressive et centripète. M. Fournier a particulièrement insisté sur l'analgésie qui survient au niveau du sein et de la face dorsale du poignet dans la syphilis, et comme la gale est souvent associée à la vérole chez le même malade, on ne devra pas trop prendre en considération l'absence de prurit, aux endroits même où il devrait être le plus intolérable, lorsqu'il existe des signes objectifs certains. L'analgésie est souvent limitée au sein, c'est pourquoi il sera fort difficile de reconnaître une de ces gales partielles, de ces *gales de ville*, caractérisées seulement par quelques rares vésicules à l'aréole du mamelon.

Dans tous les cas d'anesthésie plus ou moins complète que nous venons de passer en revue, on pouvait prévoir que la sensibilité à l'acare manquerait. C'est, en effet, ce que l'observation est venue confirmer ; mais il est des malades beaucoup plus intéressants, à ce point de vue, qui ont conservé toute espèce de sensibilité, (sensibilité au contact, à la douleur, à la température) et qui, cependant, ne sentent pas le sarcopte. Ils présentent tous les

signes objectifs de la gale : sillons, éruptions diverses, quelquefois même des traces de grattage, du prurigo, des excoriations linéaires de la peau. Interrogez-les sur leurs démangeaisons, ils vous répondront qu'ils n'en ont pas, et souvent qu'ils n'en ont jamais eu. Quelques-uns se grattent comme je viens de le dire, et l'observateur serait porté à mettre en doute leurs affirmations, et cependant, ces malades sont de bonne foi, leur prurit est inconscient. « Bien que cela puisse paraître paradoxal, la gale peut exister, assez intense même, sans ce que nous appelons le prurit conscient, fait qui, d'ailleurs, n'est pas spécial à la gale. Certains malades atteints de diverses affections prurigineuses, au moment même où on les prend en flagrant délit de grattage, déclarent qu'ils n'ont pas de démangeaison, ils reconnaissent qu'ils se grattent inconsciemment, instinctivement, sans percevoir de démangeaison. Ce prurit inconscient est réalisé *ad integrum* chez les sujets qui se grattent en dormant, sans que leur sommeil soit interrompu, ce dernier cas n'est pas rare. » (1) (E. Besnier et Doyon.) Il est probable que chez ces malades l'excitation périphérique produite par l'acare n'arrive pas jusqu'au cerveau et qu'elle se borne à produire un phénomène purement réflexe, le grattage.

Quoi qu'il en soit, nous aurons encore ici tous les signes physiques d'une affection prurigineuse, bien que la démangeaison n'existe pas. Il en sera bien autrement des sujets porteurs de gale, qui doués en apparence d'une sensibilité parfaite, non seulement ne présentent pas d'excoriations, de lésions produites par les ongles,

(1) Kappsi, traduction, note des traducteurs.

mais encore avouent qu'ils ne sont tourmentés par aucune espèce de prurit. Ils sont restés avec leur éruption, pendant des semaines et des mois, parce qu'elle ne les incommodait en aucune façon, et ce n'est que lorsqu'elle a pris des proportions trop considérables, qu'ils se sont décidés à venir consulter le médecin, ou bien ils sont entrés à l'hôpital pour une affection intercurrente, et on est tout étonné de reconnaître les lésions de la gale, sans aucun signe subjectif. La gale du riche, non prurigineuse, sera encore bien plus souvent méconnue; quelques sillons, quelques vésicules au pénis chez l'homme, au sein chez la femme, peuvent rester longtemps ignorés.

Cette absence de phénomènes réactionnels chez des sujets possédant toutes les formes connues de la sensibilité cutanée, est un fait bizarre, que rien ne faisait prévoir et dont l'explication est difficile. Cependant ne voit-on pas des phénomènes analogues se produire? Nous savons que le prurit est dû surtout au venin que secrète le parasite. S'il en est ainsi, ne pourrions-nous pas comparer ce fait à ce qui se passe chez les ictériques par exemple dont le tégument reste coloré en vert pendant longtemps et qui n'en sont aucunement incommodés; tandis que nous en voyons d'autres soumis à des démangeaisons incessantes; et pourtant chez tous ces malades, c'est la même matière pigmentaire, excrémentitielle qui imprègne le derme. Il en est de même des diabétiques, dont les téguments sont si différemment impressionnés par la matière étrangère c'est-à-dire le sucre. Je sais bien que, même en admettant que le virus soit la cause principale du prurit, la présence de l'acare ne doit pas être négligée: c'est un véritable corps étranger situé dans l'épaisseur de l'épiderme, et c'est

surtout dans les affections cutanées superficielles, atteignant les papilles que l'on trouve la démangeaison.

Faut-il expliquer l'absence du prurit dans la gale, par un trouble de la circulation cutanée, par une anémie spéciale de la peau? On sait que pour Hébra le prurit serait dû à un ralentissement de la circulation périphérique. Ainsi la démangeaison existe à son maximum dans l'eczéma avant et après l'exsudation, tandis que pendant la période d'état, quand l'eczéma suinte elle diminue d'une façon notable. C'est ainsi également que le grattage agirait en fluxionnant d'abord la peau, puis en amenant un écoulement de sang. Malheureusement, pour l'explication, elle ne répond pas à tous les cas de prurit. Il est lié quelquefois à des troubles digestifs, aux maladies des organes génitaux internes (prurit vulvaire) à la présence de lombrics dans l'intestin. Il n'a pas été constaté d'ailleurs chez les malades dont je rapporte l'histoire une anémie particulière de la peau qui puisse expliquer l'absence des signes subjectifs de la gale.

Parmi les hypothèses que ne pouvons émettre, il en est une qui paraît rationnelle, sans qu'il soit possible de donner une preuve rigoureuse du fait que nous avançons. La sensibilité est une des fonctions les plus complexes, les formes en sont aussi variées que les impressions qu'elle nous fournit (Ballet). A mesure que la clinique fait des progrès, on arrive à en distinguer des modes différentes. C'est ainsi que pour la sensibilité cutanée, on a distingué la sensibilité au contact, à la douleur, à la température, au chatouillement, à la pression : ne pourrait-on pas supposer qu'il existe une sensibilité spéciale de la peau à l'acare, ou plutôt au virus acarien. Cette sensibilité serait constamment tenue en

éveil chez un sujet porteur de la gale, cependant, dans certains cas, dont les causes nous échappent, elle pourrait s'émousser et disparaître complètement. La malade dont nous rapportons l'histoire, viendrait à l'appui de notre hypothèse, s'il eut été possible de déterminer d'une façon précise l'endroit où finissaient les éruptions psoriques, et où commençaient les éruptions phthiriasiques ; il est certain que poux et acare ne s'étaient pas cantonnés chacun dans un territoire séparé, bien que les lieux d'élection de la gale eussent manqué de prurit, que ceux de la phthiriasse eussent été le siège d'une violente démangeaison.

Nous ne voulons pas terminer l'histoire de la gale non prurigineuse, sans parler d'une forme spéciale qu'elle revêt en certains cas. Ce ne sera plus au malade qu'il faudra rattacher l'absence du signe rationnel, mais bien au sarcopte lui-même, à son dépérissement. Pendant les maladies fébriles aiguës, comme la fièvre typhoïde, le choléra, la pneumonie, la fièvre puerpérale, la démangeaison disparaît, en même temps que les signes physiques tendent à décroître et même à s'effacer tout-à-fait. Les signes du grattage, excoriations de toute sorte, diminuent, les sillons s'effacent, l'eczéma se dessèche, c'est pour ainsi dire une guérison temporaire de la maladie. Autrefois, on prenait l'effet pour la cause, et on considérait les maladies aiguës comme la conséquence de la disparition de la gale, de la gale « rentrée » comme l'on disait, c'étaient des métastases de la gale. On est revenu aujourd'hui de ces erreurs. La température excessive (Kaposi) ne permet plus au parasite d'exercer ses ravages, elle arrive même à le tuer ; ce n'est pas d'ailleurs, une chose spéciale à l'acare ; les maladies aiguës agissent

d'une façon semblable sur d'autres dermatoses parasitaires. Que l'on admette la théorie de Hardy, qui veut que « les acares disparaissent parce qu'ils ne se plaisent que sur un terrain sain, et que l'altération des sécrétions cutanées est pour eux une cause de dépérissement et de destruction », ou bien que l'on accepte l'explication d'Hébra, pour qui l'atomie et l'anémie de la peau, sont les seules causes de la disparition du sarcopte. Toutes ces causes n'auront qu'une influence que fort minime sur les œufs qui encombrant les sillons. Sitôt que la fièvre sera tombée, que la peau reprendra son état normal, nous verrons les jeunes acares reprendre leur droit de cité dans leurs endroits de prédilection. Le retour du prurit est même un signe certain du début de la convalescence et nous permettra de porter un pronostic favorable sur la maladie intercurrente. On pourrait peut-être expliquer l'absence de prurit, par les anesthésies cutanées qui surviennent dans certaines maladies aiguës, comme la diphtérie en offre des exemples; cependant ces anesthésies sont tellement rares qu'elles ne doivent pas entrer en ligne de compte, elles ne pourraient d'ailleurs pas expliquer la diminution progressive des signes physiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la gale non prurigineuse est souvent difficile, parce qu'il manque un signe d'une grande valeur qui, par lui-même fait penser à la maladie parasitaire. L'existence d'un sillon suffit pour affirmer la présence de l'acare; aussi devons-nous nous efforcer, si nous sommes indécis, de le rechercher. Ce ne sera pas toujours chose facile, et il faudra une certaine habitude pour arriver à saisir le sarcopte. Cependant, les sillons seront beaucoup plus nets que lorsqu'ils ont été déchirés par les ongles du malade, et avec une attention suffisamment soutenue, nous pourrons, à l'aide d'une épingle ou la pointe d'un bistouri, aller enlever l'acare de son sillon intra-épidermique. C'est alors qu'à la pointe de notre épingle, nous verrons à l'œil nu, un petit corps jaunâtre dont il sera facile de percevoir les mouvements. Pressé entre les ongles, il éclate avec un petit bruit. Sur le champ du microscope, l'examen est encore plus facile, et le diagnostic plus certain. L'acare apparaît sous la forme d'un corps ovale que l'on a comparé à une tortue; on distingue, une trompe et huit pattes; sur le corps de véritables plaques se superposent comme des écailles de poisson, quand l'animal est en mouvement. Sur le dos se dresse des spicules. Quand nous aurons observé tous ces détails, nous pourrons affirmer d'une façon certaine que nous avons affaire à la gale.

Nous devons maintenant différencier la gale non prurigineuse avec les diverses affections, qu'elle pourrait simuler. Les lésions trophiques que l'on observe chez les malades dont le système nerveux a été lésé, soit au centre, soit à la périphérie ne se prêtent guère à confusion. Ces éruptions ont toutes pour caractère d'être localisées en certains points déterminés, elles ne sont point polymorphes et présentent rarement le type papuleux, elles apparaissent le plus souvent sous forme de papulovésicules ou de bulles. L'herpès Zoster a comme caractère propre d'être précédé de névralgies, et quelquefois de coexister avec elles; d'ailleurs la nature de l'éruption, le groupement des vésicules, selon certains trajets nerveux bien connus, leur disposition en bouquet ne peuvent laisser de doute dans l'esprit; cependant, dans certains cas de gale, apparaissent des vésicules perlées, herpétiformes, discrètes, 1. 2. 3. à un doigt et pas plus, elle sont isolées les unes des autres.

Le lichen ruber est une affection qui offre plus d'un point de ressemblance avec la gale, d'abord c'est une affection essentiellement papuleuse, puis le prurit est modéré ou existe à peine, de sorte que l'on ne songera pas à la gale, qui englobée dans l'éruption lichénoïde, en est la véritable cause. Il y a, toutefois, des différences importantes entre les deux maladies, le lichen n'a pas les mêmes lieux d'élection que la gale, il se localise sur certaines régions du corps, comme le bras ou le membre inférieur, d'autres fois il est disséminé et des plaques apparaissent à la paume des mains et à la plante des pieds ou au poignet. C'est alors que nous devons nous demander si nous n'avons pas affaire à un lichen symptomatique de la maladie parasitaire : la recherche des

sillons acariens et l'examen de l'acare au microscope sont indispensables, si l'on veut connaître la véritable cause du lichen et instituer un traitement rationnel.

Bien que l'eczéma soit une dermatose démangeante par excellence, nous ne devons pas négliger de la distinguer de la gale non prurigineuse, l'eczéma, en effet, peut présenter tous les degrés du prurit, la réaction est quelquefois tellement faible que le malade s'en aperçoit à peine. M. Rendu a montré d'ailleurs, que dans certains cas d'eczéma, la sensibilité cutanée était très émoussée, que la thermo-anesthésie était complète.

Dans les deux maladies, nous rencontrons des éruptions polymorphes : papules, vésicules, pustules et croûtes, mais les régions envahies servent surtout au diagnostic. Dans l'eczéma symptomatique de la présence de l'acare, les vésicules ne seront pas distribuées au hasard sur toute la surface cutanée, elles seront cantonnées en certains points : espaces interdigitaux, plis du poignet, organes génitaux. L'eczéma siégeant exclusivement au sein chez la femme est presque un signe certain de la gale, à moins qu'il ne soit produit par la grossesse ou l'allaitement (Hardy). La dermatose est-elle d'origine diathésique, les vésicules et les croûtes siégeront de préférence à la face, au cuir chevelu, au pavillon de l'oreille; elles pourront même se propager dans le conduit auditif et envahir l'oreille moyenne. Mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle, l'eczéma peut être localisé aux endroits d'élection de la gale, chez les herpétiques ou bien chez les sujets soumis au contact des matières irritantes (gale des épiciers). Témoin le jeune homme qu'il nous a été donné d'observer, ces derniers quinze jours, dans le service de M. Fournier, au n° 15 de la salle Saint-Louis.

Il présentait, à son entrée à l'hôpital, des croûtes eczéma-teuses, situées dans les espaces interdigitaux sur la face latérale des doigts, la face antérieure des poignets était aussi envahie, mais l'éruption était surtout confluyente sur le bord cubital de la main. Ces lésions existaient avec une égale intensité des deux côtés, et ne dépassaient pas le tiers inférieur de l'avant-bras. Nous devons noter en outre que ce malade était fort peu incommodé par sa maladie; la nuit seulement, il ressentait un prurit insignifiant.

Pendant quelque temps on crut à l'existence de la gale, mais la recherche autant minutieuse que prolongée du sillon acarien n'amena aucun résultat et l'on fut obligé de conclure à l'eczéma : diagnostic que le traitement est venu confirmer d'une façon éclatante, puisque le malade a vu disparaître son affection par l'application de cataplasmes de fécule, l'administration de bains d'amidon et l'enveloppement au caoutchouc.

Nous devons donc chercher le sillon, mais parce que nous ne le trouverons pas, devons-nous conclure à la non-existence de la gale? Assurément non, car diverses causes, des applications irritantes pourront masquer la lésion. Quand nous serons dans le doute, le traitement sera la véritable pierre de touche. Si nous arrivons au moment de la formation des vésicules, quelques caractères peuvent nous faire pencher pour l'une ou l'autre des deux maladies; ainsi ordinairement, les vésicules de l'eczéma sont plus petites que celles de la gale, elles se rompent beaucoup plus vite. Les vésicules de la gale possèdent une ligne sombre qui traverse leur sommet et qui représente le sillon primitif de l'épiderme soulevé par la vésicule. C'est là un signe caractéristique que

nous ne retrouvons jamais dans l'eczéma non parasitaire.

Les éruptions pustuleuses, impetigo, ecthyma, compliquent, comme nous l'avons vu, fréquemment la gale, elles peuvent même avoir une prédominance marquée sur les autres lésions psoriques, et caractériser la variété de gale dite pustuleuse. L'impétigo est peu ou point prurigineux et la confusion avec l'impétigo scabieux en est d'autant plus facile. C'est encore le siège des lésions qui nous aidera à distinguer la maladie parasitaire de la maladie diathésique. L'impétigo symptomatique de la gale a les mêmes lieux d'élection que l'eczéma psorique, s'il est dû à l'herpétisme, à la diathèse strumeuse, il apparaîtra au cuir chevelu, à la lèvre supérieure, incidemment à la paume des mains, à la plante des pieds, en même temps nous trouverons d'autres manifestations de la scrofule (ophthalmies, suintements d'oreille, nez, lèvre supérieure, tuméfiés).

Quant à l'ecthyma, lorsqu'il siège exclusivement aux extrémités des membres, nous devons avoir de fortes présomptions pour croire à la gale (Hardy). Cependant nous n'aurons la preuve irréfutable de la nature parasitaire de ces affections pustuleuses que lorsque nous aurons trouvé sillon et acare.

Les manifestations cutanées de la syphilis coexistent souvent avec les éruptions psoriques, surtout chez nos malades de l'hôpital. Elles se ressemblent surtout par l'absence de symptômes subjectifs ; rarement en effet les syphilides occasionnent des démangeaisons ou des sensations de brûlure, il en est comme dans la gale non prurigineuse le malade est tout surpris de voir, ou de sentir qu'au toucher sa peau présente une éruption. Tou-

tefois, il est des signes qui ne permettent pas longtemps la confusion. S'agit-il d'un syphilitique, nous trouvons sur lui quelquefois le chancre ou sa cicatrice, d'autrefois de l'induration des ganglions de l'angine, de l'alopecie, des plaques muqueuses. Les syphilides peuvent occuper toutes les parties du corps : organes génitaux, dos, nuque, face, paume des mains ; inutile de répéter ici que ce n'est pas dans ces régions qu'on trouve les éruptions scabieuses. Les syphilides ont une forme arrondie, à la période tertiaire, elles sont circulaires, demi-circulaires ou concentriques ; elles présentent une teinte spéciale, jambonnée, qui sans être la caractéristique de la vérole, fera faire immédiatement le diagnostic à un oeil exercé. Enfin sous l'influence du traitement mixte, elles s'améliorent et guérissent souvent. Dans la gale, pas de configuration spéciale des éruptions ; leur forme est indéterminée, leur couleur n'a rien de caractéristique, et le traitement anti-syphilitique est absolument inefficace.

Ce n'est pas seulement avec les accidents secondaires, mais même avec l'accident primitif de la syphilis qu'on peut confondre la gale non démangeante. « En divers
« points, notamment à l'aréole du mamelon et au penis
« (gland ou fourreau), l'irritation acarienne se propage
« au réseau vasculaire superficiel du derme, au point de
« produire de véritables indurations lesquelles peuvent
« s'ulcérer (chancres acariens) et simuler des chancres
« syphilitiques (chancres nains). (E. Besnier et Doyon). »
Les premiers seront accompagnés de sillons acariens, qu'il faudra rechercher avec patience dans leur voisinage ; la découverte du sarcopte lèvera tous les doutes. Si les ganglions viennent à s'enflammer consécutivement, l'adénopathie sera douloureuse, sera limitée à quelques

ganglions, et ne ressemble pas à cette adénopathie due au chancre infectant. Cette dernière est en effet indolente : les ganglions forment de petites tumeurs indépendantes, constituant ce qu'on a appelé la pleiade ganglionnaire.

Enfin la dermatite ulcéreuse, d'origine arsénicale peut en imposer pour la gale, elle siège sur les mains et sur les parties découvertes, mais on la trouve aussi sur d'autres points du corps ; il semble qu'elle ait une prédilection pour le scrotum : l'affinité de la gale pour tous ces endroits n'est pas contestable. Nous devons donc interroger le malade sur sa profession, chercher de tous cotés les lésions caractéristiques de l'affection parasitaire. Aujourd'hui, nous n'aurons que rarement à faire ce diagnostic, car grâce au progrès de l'hygiène industrielle, ces ulcérations sont devenues tout-à-fait rares.

PRONOSTIC

Le pronostic est favorable : nous n'avons pas ici cet état d'énervement, qui provoque chez certains malades excitables de l'insomnie et partant une altération de l'état général. Par contre, l'absence des signes subjectifs peut avoir des inconvénients ; nous concevons que la durée de la maladie, peut être indéfinie chez des gens soigneux de leur personne, qui ne permettent à l'acare de se développer qu'en des points tout à fait limités et cependant, ils n'en seront pas moins aptes à communiquer la maladie. S'il s'agit au contraire de malheureux, ayant peu souci de l'hygiène, ils ne s'effraieront pas des éruptions dont ils sont porteurs, et des lésions secondaires : des complications vont apparaître.

Je ne parlerai pas de l'eczéma et de l'impétigo qui sont si fréquents qu'on peut à peine les considérer comme des complications. Mais il survient aussi des abcès sous-cutanés, des furoncles, des gangrènes limitées, dont M. Hardy a rapporté des exemples. Toutes ces lésions siègent de préférence aux mains, au poignet, elles peuvent amener de l'œdème inflammatoire, comme dans l'exemple que nous rapportons. L'inflammation se propageant de proche en proche, produit une angio-leucite qui peut affecter soit la forme diffuse, soit la

forme en plaques : cette lymphangite disparaît d'ordinaire avec une facilité remarquable, lorsque sa cause a été supprimée. Enfin, l'irritation peut retentir sur les ganglions eux-mêmes, et des abcès ganglionnaires sont possibles.

TRAITEMENT

Nous n'en sommes plus aujourd'hui à discuter l'opportunité du traitement de la gale, et les affections imaginaires que les anciens attribuaient à la gale « rentrée » ne doivent pas entrer en ligne de compte dans nos déterminations.

Le traitement consiste en deux points essentiels : 1^o détruire l'acare ; 2^o remédier à l'inflammation et aux éruptions diverses produites par le parasite. Le nombre des substances employées pour tuer l'acare est considérable, ce sont : le soufre, le mercure, l'huile de cade, le staphysaigre, la térébenthine, le pétrole, le styrax, baume du Pérou, tabac, etc. C'est au soufre aujourd'hui qu'on donne la préférence, il entre dans diverses préparations, notamment dans la pommade d'Helmerich, qui est une préparation universellement employée. Le traitement de la gale, grâce aux travaux de l'école française, est devenu des plus simples et des plus efficaces. Déjà en 1850, Bazin avait réduit sa durée à quelques jours : quelques années plus tard, M. Hardy proposa une méthode plus expéditive encore, c'est le traitement de l'hôpital Saint-Louis, connu sous le nom plus vulgaire de *traitement de la frotte*. Le malade est d'abord frotté avec du savon noir, pendant une demi-heure, on le met dans un bain sulfureux, on le frictionne ensuite avec la pommade d'Helmerich modifiée par

Hardy, puis on lui fait prendre un bain alcalin et tout est fini au bout de deux heures.

En même temps, il faut détruire les acares qui peuvent séjourner dans les vêtements : pour cela, on expose les vêtements dans des étuves qui sont installées pour cela.

C'est là un excellent traitement qui rend tous les jours de grands services, mais on peut lui reprocher d'irriter la peau, de provoquer des dermites consécutives très tenaces, aussi a-t-on tenté de remplacer certains irritants ou d'en diminuer la dose. Au lieu de savon noir, on emploiera le savon ordinaire ou la poudre de savon parfumée, on fera une pommade contenant : vaseline, 100 grammes ; soufre, 16, et carbonate de potasse, 8 (Hardy) ou bien celle de M. Bourguignon : glycérine, 200; fleur de soufre, 100; sel de potasse, 50; alcool de menthe, q. g.

Le goudron et les préparations qui en dérivent : phénol, naphtol sont des agents parasitocides qu'on a tenté d'utiliser pour la gale. Bien que le naphtol soit surtout utile dans la gale ordinaire, il ne faudra pas le dédaigner dans la gale aprurigineuse. M. Guérin a reconnu, en effet, que la pommade au naphtol préconisée par M. Hardy, (naphtol, 10, vaseline, 100) présentait de nombreux avantages sur la pommade d'Helmerich.

D'abord, elle peut être employée : 1^o dans toute espèce de gale compliquée ou non ; 2^o elle possède une odeur agréable qui n'est pas à dédaigner ; 3^o elle n'exerce aucune action destructive sur les linges et pièces de pansement. Le seul reproche qu'on ait à lui faire, c'est la trop longue durée du traitement qui, pour être efficace, doit être continué pendant dix à quinze jours.

CONCLUSIONS

De l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, nous croyons pouvoir conclure :

I. — Que le prurit peut manquer absolument dans la gale :

1^o Chez les sujets anesthésiés ;

2^o Chez les malades ayant conservé toutes les formes connues de la sensibilité cutanée physiologique, il semblerait qu'il existe une sensibilité spéciale à l'acare ou au virus acarien.

II. — Que la gale non prurigineuse est rare, mais qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit, parce qu'on se contente trop facilement des signes objectifs.

III. — Qu'elle doit entraîner de nombreuses erreurs de diagnostic, et que le seul moyen de les éviter est de rechercher le sillon acarien, lorsqu'il existe une éruption polymorphe, serait-elle non démangeante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 14). — *Gale analgésique et non prurigineuse aux extrémités.*

La nommée S., âgée de 20 ans, ouvrière, entre le 10 novembre 1877. Cette jeune fille donne des renseignements peu précis et assez invraisemblables sur l'origine et les débuts de sa syphilis. Elle prétend avoir eu dans le milieu d'août un bouton à la région périanale qui aurait évolué dit-elle en huit ou dix jours pour réapparaître ensuite. En tous cas, eu égard à cet accident initial, il est difficile de faire des vérifications précises, vu que cette région est aujourd'hui le siège de papules hypertrophiques disposées en plaque et qui couvrent totalement la région.

Environ un mois après, vers le 10 septembre, elle aurait eu une érosion à la partie interne de la cuisse, érosion qu'elle aurait traitée par le taffetas anglais et qui aujourd'hui persistant se révèle sous forme de syphilide hypertrophique. — A cette syphilide ont succédé des syphilides papulo-hypertrophiques périanales, et extra-vaginales; en outre se sont formées des syphilides amygdaliennes qui aujourd'hui persistent encore.

En un mot, d'après toute probabilité, le chancre remonterait au 10 août, et un mois après, le 10 septembre, elle aurait vu se manifester successivement les lésions dont elle est porteuse aujourd'hui et qui sont :

1° Syphilides papulo-érosives à la face interne des grandes et petites lèvres.

2° Syphilides papulo-hypertrophiques en plaques à la région périanale.

3° Syphilides amygdaliennes surtout à gauche.

4° Syphilide hypertrophique à la face interne de la cuisse droite.

5° Cicatrice de syphilide à gauche symétriquement. Conjointement à ces accidents secondaires, elle présente de l'analgésie syphilitique des extrémités. Sensibilité des autres parties conservées, même celle des seins.

Outre ces accidents syphilitiques, elle offre tous les symptômes de la gale.

Vésicules et sillons dans les espaces interdigitaux des deux mains, vésicules et sillons avec quelques vésicules eczémateuses à la face antérieure des deux avants-bras, exactement au niveau de la région carpienne.

Enfin mêmes accidents aux deux coudes et sur la fesse droite.

Cas particulier. — En tous les points où siègent ces vésicules eczémateuses et les vésicules simples symptomatiques de la gale, existe une démangeaison intolérable singulièrement accrue la nuit; démangeaison qui force la malade à se gratter, aussi trouve-t-on sur tous ces points les signes du grattage. La malade affirme n'avoir jamais éprouvé de démangeaison aux extrémités bien que tous les signes de la gale s'y rencontrent. Elle fait nettement remarquer que ce n'est qu'à partir de la région carpienne que les démangeaisons commencent.

Ainsi donc en résumé gale qui ne révèle aucune sensation de douleur, ni de démangeaison aux extrémités, parties qui, explorées, révèlent la plus parfaite analgésie d'origine syphilitique.

Le 16 novembre; traitement de la gale.

OBSERVATION II. — (Due à l'obligeance de mon ami M. Rousset, externe des hôpitaux de Lyon). — *Gale non démangeante dans un côté du corps. Hystérie.*

La nommée Pauline B... âgée de 25 ans, couturière, vient à la consultation de l'Antiquaille le 26 novembre 1881. Pas d'antécédents héréditaires; comme antécédents personnels, syphilis datant de deux ans. Cette jeune femme raconte qu'elle a des

attaques depuis l'âge de dix-huit ans, attaques qui n'ont fait qu'augmenter; depuis ce moment elle éprouve en outre la sensation d'une boule qui remonte vers le cou et l'étrangle à certains moments.

Etat actuel. — Elle présente une éruption polymorphe généralisée occupant les deux côtés du corps, qui fait penser immédiatement à la gale; aux mains, dans les espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets et sur les avants-bras, c'est l'eczéma qui prédomine, mais il est beaucoup plus intense à droite qu'à gauche, un sillon est trouvé sur la face antérieure du poignet, et le diagnostic gale est dès lors certain. A l'inspection du thorax et de l'abdomen, on est frappé par l'inégalité de l'éruption dans les deux moitiés du corps, et surtout par la différence des lésions; nous trouvons l'aréole du sein droit recouverte de croûtes eczémateuses; sur le sein gauche 2 à 3 vésicules non rompues. Sur l'abdomen, à droite, nombreuses lésions de grattage, excoriations, petites papules de prurigo recouvertes de sang, à gauche ces lésions manquent absolument; les papules existent, mais elles sont acuminées. Même différence sur la face interne et externe des cuisses.

Ecthyma aux fesses.

La malade raconte en outre que son éruption est très démangeante, mais que cette démangeaison est limitée au côté droit. Sa sensibilité explorée du côté gauche est perdue au moins dans quelques-unes de ses formes, une épingle enfoncée dans le bras, et dans la cuisse ne provoque aucune espèce de douleur. Du côté droit, sensibilité intacte.

En résumé, l'absence de démangeaison est liée à l'analgésie probablement d'origine hystérique.

On institue le traitement de la gale et on donne du bromure de potassium.

Réflexions. — Cette observation nous montre d'une façon très nette la différence de l'éruption du côté sain et du côté anesthésié, différence telle qu'on serait tenté de croire à deux maladies différentes. Il est fâcheux qu'on n'ait pas songé à provoquer le transfert du prurit, à l'aide d'un aimant.

OBSERVATION III. — Hôpital Saint-Louis, n° 74. — (*Gale étonnamment intense, développée sans démangeaison.*)

M. Jules M..., 26 ans, employé de commerce, entré le 30 septembre 1881, sujet un peu lymphatique, bonne santé habituelle, pas de rhumatisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas d'excès de boisson, accidentels. Cet homme s'est beaucoup fatigué en voyageant. Il y a 3 mois, le malade n'avait rien, il y a deux mois, le malade étant en voyage, sans raison appréciable, remarqua une maladie de la peau, débutant par les coudes, et par les fesses, peu à peu gagnant les membres, puis le tronc, et surtout l'abdomen, enfin tout à fait en dernier lieu les mains. L'éruption des mains, ne s'est pas comportée comme celle du corps, il y a eu aux mains des vésicules volumineuses que nous avons encore pu observer, et qui ont donné lieu à un suintement assez abondant. Sur les autres parties du corps au contraire, l'éruption a toujours été sèche, sauf quand elle était écorchée par le grattage; le malade raconte en effet qu'au début l'éruption s'accompagnait d'un prurit assez intense, il raconte également qu'il n'avait rien aux mains, ni à la verge.

Aujourd'hui on peut observer une confluence absolue, depuis les orteils et les mains jusqu'aux seins et aux épaules, en arrière l'éruption est plus abondante qu'en avant, cependant elle est moins serrée sur la partie supérieure du dos que sur le reste du corps. Au cou, siège primitif du mal, la peau est rude, épaissie, sèche, squammeuse et rappelle absolument l'épaississement dit lichénoïde. Cet état lichénoïde peut d'ailleurs s'observer aujourd'hui sur un grand nombre de points malades, notamment à la ceinture, sur les parties latérales du tronc, ainsi qu'au pourtour des aisselles. Dans les parties inférieures, où les plaques sont, avons-nous dit, moins abondantes, plus isolées les unes des autres, on peut mieux en étudier les éléments, on est frappé de prédominance considérable, sinon exclusive de l'élément papuleux, celui-ci est d'ailleurs très net au niveau des lombes; sur les autres points, il est moins net à cause de sa confluence

extraordinaire. Toutefois, au niveau des aînes, il faut reconnaître que la peau n'est ni rude, ni rigueuse. Un point essentiel à faire remarquer, c'est l'absence du prurit qui semble exclure l'idée de gale, ou bien celle d'un lichen planus auquel doit faire penser néanmoins la coloration brunâtre foncée, violacée des points malades. De plus, quand on vient à frotter fortement l'épiderme, au niveau des plaques, il prend une coloration vitreuse, luisante assez nette. La verge nous présente un certain nombre de papules érodées et quelques gerçures ; cependant on ne trouve pas de sillons acariens.

La peau des mains participe aujourd'hui à la dermatose générale, elle est épaissie, rude et ferait croire que la main est enflée, les doigts sont atteints jusqu'à la phalange exclusive : toutes ces parties sont le siège de pustules. La paume des mains est le siège de nombreux points desquamants, de petites pustules arrondies, sous-épidermiques, ayant, dit le malade, poussé cette nuit ; la pulpe digitale est partout intacte. L'éminence thénar est partout envahie, la desquamation de la paume des mains ressemble à celle qui succède à de petites phlyctènes de la gale pustuleuse ou encore aux syphilides papulo-squammeuses, superficielles, confluentes.

Sur le dos des pieds, on observe un certain nombre de pustules laissant écouler soit du pus, soit de la sérosité claire, visqueuse comme une goutte de solution gommeuse ; au-dessous de la croûte formée par la concrétion de ce liquide, on trouve une lésion très superficielle qui atteint à peine la couche de Malpighi. Après bien des recherches infructueuses, on parvient à découvrir un sillon à la face latérale du doigt médius de la main gauche et à en retirer l'acare ; dès lors, le diagnostic suivant est porté :

Gale non prurigineuse ayant donné lieu à une éruption ressemblant à un eczéma lichénoïde, à un lichen ruber, excepté sur les mains et sur les pieds, où il y avait des pustules psoriques.

Traitement. — Enveloppement au caoutchouc des extrémités, applications émollientes, bains, puis enfin le malade est envoyé

à la frotte et sort dans le courant de décembre dans un état voisin de la guérison complète.

Réflexions. — C'est une observation très intéressante en ce sens que la gale a été méconnue, parce que les sillons étaient difficiles à trouver et parce que cette gale ne présentait plus aucune espèce de prurit, les lésions de grattage étaient elles-mêmes absentes. Le diagnostic lichen ruber auquel on avait cru, ne fut pas maintenu longtemps, c'est qu'en effet cette gale anormale, vu sa durée et vu la prédisposition spéciale du sujet, s'était compliquée d'un lichen ruber.

OBSERVATION IV. — Communiquée par M. Leloir. — *Gale anormale, sans prurit conscient ni inconscient.*

Louise L..., âgée de 22 ans, mécanicienne, entre le 2 décembre 1882, salle Henri IV, n° 13, pour des éruptions polymorphes siégeant aux mains, aux aisselles et aux fesses.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure, pas d'antécédents strumeux, syphilitiques ou paludéens. Depuis l'âge de quinze ans, elle est sujette à de véritables attaques d'hystérie, attaques convulsives survenant 2 à 3 fois par semaine. Depuis 2 ans, ces attaques ont diminué, et elle n'en présente plus depuis un an, toutefois elle a encore des phénomènes hystériques assez prononcés : douleur ovarienne gauche, point douloureux inter-scapulaire, sensation de boule, douleur occipitale. Mais il est un point important à noter, la sensibilité explorée avec le plus grand soin dans toutes ses différentes formes est partout absolument intacte : nulle part, il n'existe d'anesthésie ou d'analgésie.

La malade, avons-nous dit, entre à l'hôpital pour une éruption polymorphe siégeant aux mains et aux fesses. C'est une éruption papuleuse en certains points, ecchymateuse dans d'autres points. Son siège et son aspect font immédiatement penser à la gale, bien que les aisselles et les seins soient indemnes de toute éruption. Mais, fait étonnant et des plus remarquables, cette éruption est absolument aprurigineuse. Elle date de un mois et

jamais, depuis cette époque, elle n'a produit chez la malade la moindre démangeaison, pas même la nuit ; d'ailleurs, il n'existe nulle part de traces de grattage. Malgré cette absence complète de démangeaison, le diagnostic gale est maintenu, et je finis par trouver après une longue recherche un sillon caractéristique sur l'annulaire gauche et un autre sillon un peu moins net sur la face antérieure du poignet gauche.

Le diagnostic gale était donc confirmé d'une façon éclatante, et le diagnostic fut encore vérifié par l'extraction d'un acare parfaitement reconnaissable sur le champ du microscope.

La malade fut envoyée à la frotte ; à la suite de ce traitement, il persista encore pendant quelque temps des pustules d'ecthyma qui finirent par disparaître complètement par le pansement occlusif au sparadrap rouge.

Le 16 décembre, la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

Réflexions. — Cette malade est des plus remarquables, « car « nous sommes en présence d'une gale, non seulement sans « prurit conscient, mais même sans aucun prurit inconscient. « Or la malade atteinte de cette gale n'était pas anesthésique, et « sa sensibilité cutanée dans ses différentes formes était partout « intacte. Comment interpréter cette absence complète de « prurit dans un cas de gale aussi net et chez un sujet non « anesthésique ? Il est difficile d'émettre des hypothèses quel- « conques à cet égard, mais il est certain que cette absence du « signe rationnel capital de la gale, nous voulons parler de la « démangeaison, aurait pu, dans le cas actuel, être la cause « d'une erreur de diagnostic, et il est probable que dans un « certain nombre de cas, il en est ainsi. » (Leloir.)

OBSERVATION V (personnelle. — Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Laillier. — *Gale non démangeante aux extrémités.* — *Phthiriase démangeante.*

Catherine P....., âgée de 55 ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 30 mai 1883, salle Lugol, n° 2.

Cette femme s'est toujours bien portée jusqu'au jour de son

entrée. Pas d'antécédents héréditaires. Parents morts d'accidents. Pas de rhumatisme ni de syphilis. Elle semble être soumise à une hygiène tout à fait défectueuse et nous donne des renseignements fort peu précis sur le début de son mal. Elle nous raconte qu'il y a environ trois semaines elle a ressenti à la partie supérieure des cuisses des démangeaisons vives qui se sont étendues à la partie postérieure du tronc, à la région interscapulaire, à la région antérieure de la poitrine et à l'abdomen. Mais elle assure d'une façon positive que les mains, les avant-bras, les bras, les jambes et les pieds sont indemnes de tout prurit, et qu'il en a été toujours ainsi depuis le début de sa maladie.

Actuellement, elle nous présente une éruption si généralisée, que, sauf la face et la plante des pieds, aucune partie du corps n'est épargnée. La confluence des lésions est surtout remarquable aux points qui n'étaient pas le siège de prurit et de grattage. Nous n'avons pu découvrir sur la face antérieure du poignet aucune espèce d'excoriation produite par les ongles : toutefois, ces mêmes régions offrent une tuméfaction douloureuse ; elles sont criblées pour ainsi dire de pustules et de vésicules ; ces éruptions siègent surtout à la face dorsale des deux mains, mais les faces palmaires ne sont point épargnées. On trouve des sillons très faciles à reconnaître, notamment aux faces latérales des doigts médus et annulaire de la main gauche.

La tuméfaction des mains s'étend jusqu'à la face antérieure du poignet, qui est elle-même recouverte d'une éruption polymorphe, mais surtout vésiculeuse et pustuleuse. L'irritation acarienne a été si violente, que deux plaques de lymphangite ont apparu à la partie inférieure et interne du bras gauche, du côté droit, une seule plaque s'est montrée au niveau de l'épitrachlée. Toutes ces parties enflammées sont douloureuses, mais jamais, au dire de la malade, elle n'ont été le siège de la plus faible démangeaison. Sur le bras, commence à apparaître l'élément papuleux, qui est surtout confluent sur les épaules, à la nuque, à la région interscapulaire, à la partie postérieure du tronc. Ces papules ont été déchirées violemment par les ongles et présentent des gouttelettes de sang à leur sommet : nous trouvons

également des excoriations linéaires, signes évidents de grattage. Le devant de la poitrine et l'abdomen sont surtout recouverts de papules de prurigo, les seins présentent quelques vesico-pustules au niveau de l'arcole. Toutes ces régions sont le siège d'un prurit violent, qui ne laisse pas le moindre repos à la malade. Nous découvrons un *pediculus corporis*, et nous apprenons qu'il en a été trouvé plusieurs dans les plis de la chemise, ce qui nous permet de porter le diagnostic phthiriasé.

Les cuisses, et particulièrement leur face interne, sont labourées par les ongles, on y observe quelques vésicules et surtout des papules excoriées. Les fesses sont également envahies par les vésico-pustules. Sur les jambes, l'éruption est beaucoup plus discrète, c'est à peine si l'on voit çà et là sur le dos du pied quelques pustules éparses. La plante des pieds est saine. Les extrémités inférieures comme les supérieures n'ont jamais démangé. J'ai examiné la malade au point de vue de la sensibilité cutanée, et je l'ai trouvée intacte; la douleur ressentie prouvait déjà qu'il n'y avait pas d'analgésie.

Traitement. — Bains d'amidon, cataplasmes de fécule, enveloppement au caoutchouc des mains et des poignets.

Le 10-11 juin, la malade est envoyée à la frotte;

Le 20, elle part complètement guérie.

Réflexions. — Cette malade était atteinte simultanément de deux affections parasitaires, gale et phthiriasé, également démangeantes; ce qui est curieux, c'est que les lieux d'élection de la gale (mains, espaces interdigitaux, faces latérales des doigts, seins), n'aient jamais été le siège d'un prurit quelconque, et qu'au contraire les lieux d'élection de la phthiriasé (haut des cuisses, dos, épaules, nuque) aient été les parties démangeantes. Ne pourrait-on pas supposer que cette femme était sensible au poux sans l'être à l'acare. Malheureusement cette observation n'est pas absolument probante. Les deux parasites ont, il est vrai, des endroits de préférence, ce qui ne les empêchera pas d'empiéter dans le terrain l'un de l'autre, bien qu'il nous ait été impossible de découvrir des sillons dans les endroits qu'habite le poux. Tout ce qu'il nous est permis de conclure de certain, c'est que cette gale était aprurigineuse, au moins en partie.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Physique. — De l'accommodation.

Chimie. — Des aluns.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques ayant pour base le sené.

Histoire naturelle. — Quelles sont les sources où le règne végétal puise le principe élémentaire qui le constitue.

Anatomie. — Du plexus brachial.

Physiologie. — Du pneumogastrique.

Pathologie interne. — Du cancer de l'estomac.

Pathologie externe. — Des différentes espèces d'ulcères de la langue.

Pathologie générale. — Des hydropisies.

Anatomie pathologique. — Des altérations du rein dans la néphrite parenchymateuse.

Accouchements. — De l'hémorrhagie interne dans les cas d'insertion du placenta sur le col.

Médecine opératoire. — De l'amputation sus-malléolaire.

Médecine légale. — Un individu dont on retire le cadavre de l'eau a-t-il été jeté à l'eau pendant sa vie ou après sa mort?

Hygiène. — Des premiers soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Vu : Le Président de la Thèse,

A. FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Le Mans. — Imprimerie Albert Drouin, 5, rue du Porc-Épic.